

地域包括ケア病棟 入院申込書

※情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリーを添付してお送りください。

記載日:西暦 年 月 日

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日	西暦	年	月	日
患者氏名			<input type="checkbox"/> 女		年齢 歳			
患者住所	(〒 -)							
電話番号			携帯番号					
キーパーソン連絡先	氏名	続柄			家族構成 <家系図>※本人と同居の方は丸く囲ってください			
	住所							
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援[] <input type="checkbox"/> 要介護[] 担当CM[]							
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中[] <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分変更中							
患者情報	病名							
	入院目的	<input type="checkbox"/> ADL向上 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()						
	入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	現在の食事形態							
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 心大血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> がん						
経過及び病状								
特記事項 (家族・介護状況等)								
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 [施設名:] <input type="checkbox"/> 病院 [病院名:] <input type="checkbox"/> 決まっていない							
入院利用目的 及び希望	本人:			家族:				
例)トイレに行けるようになりたい、退院に向けた準備をしたい		例)介護で疲れているため休みたい等						
病室の希望	<input type="checkbox"/> 個室Ⅰ 13,860(9,900)円/日〔税込〕 <input type="checkbox"/> 個室Ⅱ 10,780(7,700)円/日〔税込〕 <input type="checkbox"/> 総室(4人部屋)無償 <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※()内は柏原市、八尾市に住民票のある方 空床待ちの場合 → <input type="checkbox"/> 早期入院できるならどの病室でもよい <input type="checkbox"/> 希望部屋が空くまで待機							
送信者 (紹介元)	医療機関名				担当者氏名			
	住所(〒 -)							
	電話番号				FAX			

※退院先が決定していなければ、入院をお断りさせていただくことがあります。

市立柏原病院 記載欄	入院日時	月	日()	:	主治医[]
---------------	------	---	------	---	--------